

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 169

DU
CANCER DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Conduite à tenir pendant la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST GAILLY

Né à Romans (Drôme), le 21 Mars 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WAITENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 169

DU
CANCER DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Conduite à tenir pendant la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

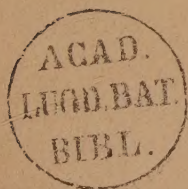
Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST GAILLY

Né à Romans (Drôme), le 21 Mars 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER. Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qu'il lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

INTRODUCTION

Les auteurs anciens, qui connaissaient cependant le cancer du col utérin, ne semblent pas avoir été frappés des complications que sa présence peut provoquer pendant la grossesse et l'accouchement. Le cancer de l'utérus, pour Hippocrate et ses successeurs, était même considéré comme une cause de stérilité. Le premier, Ryffius, en 1580, classe nettement le cancer du col utérin comme un obstacle pouvant venir compliquer l'accouchement. A partir de cette époque de nombreuses observations furent publiées, mais il n'y eut aucune étude d'ensemble du cancer considéré comme une cause de dystocie. En 1836, seulement, parut dans le journal de Siebold, un mémoire de Hachmann sur ce sujet. Quelques années plus tard, en 1840, Puchelt publiait à Heidelberg, une intéressante thèse : « *Commentatio de tumoribus in pelvi partum impredientibus* ». Depuis ce travail, de nombreux ouvrages ont été écrits sur le cancer de l'utérus compliqué de grossesse ; nous citerons principalement, en France, en 1886, la thèse si complète

de Bar, à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts.

Les observations de cancer de l'utérus et grossesse publiées jusqu'à ce jour sont assez nombreuses. Cohnstein en a réuni 127 cas jusqu'en 1873 ; Theilhaber 165, de 1873 à 1893 ; Noble 166, de 1886 à 1896. Contrairement à l'opinion de Cohnstein qui prétend que le carcinome favorise la grossesse, nous pensons que la coïncidence d'une grossesse avec un cancer utérin est une chose relativement rare, ainsi que le démontrent les chiffres suivants donnés par Stratz. « Sur 1034 malades affectées de cancer qui ont été observées de 1884 à 1894, douze seulement étaient enceintes, soit 1,16 pour cent. Sur 17.832 accouchements observés dans ce même laps de temps, 7 seulement furent compliqués de cancer, donc, 0,039 pour cent, c'est-à-dire que pour 10.000 accouchements, il n'y a que 4 cas de complication de cancer ».

Nous ne connaissons qu'un seul cas dans lequel le cancer ait débuté par le corps de l'utérus : c'est celui de Neyronis cité par Bar. Presque toujours la tumeur débute par le col, soit dans le canal cervical, soit au niveau de la portion vaginale (cervix carcinom et Krebsder portion vaginalis de Ruge et Veit).

Theilhaber rapporte quatre cas de cancer de l'utérus compliqué de grossesse extra-utérine ; ce sont ceux de Decrozant, de A. Martin, de Muret et de Stratz. Mais ces cas ne sont que l'exception ; nous les laisserons donc de côté, ainsi que le cancer du corps pour n'avoir en vue dans notre travail que le cancer

du col de l'utérus compliqué de grossesse normale.

Depuis longtemps déjà, en Allemagne, les chirurgiens ont essayé d'intervenir dans le cancer utérin compliqué de grossesse, pour arracher la mère à une mort certaine et rapide. En France, au contraire, il semble que toute idée d'intervention doive céder, jusqu'à ce jour, à l'unique préoccupation d'obtenir un enfant vivant. Il est difficile, en effet, d'avoir une opinion bien arrêtée sur la conduite à tenir, et les hésitations du chirurgien, en pareil cas, sont bien légitimes. Pratiquer une opération pour sauver la mère c'est à coup sûr sacrifier l'enfant ; laisser, au contraire, la grossesse suivre son cours, c'est permettre au cancer d'évoluer d'une manière définitive, c'est, par conséquent, abandonner la mère à une mort plus ou moins rapide.

Nous nous proposons, dans ce travail, de discuter les raisons qui militent en faveur de l'une ou de l'autre de ces déterminations.

Nous ne nous occuperons uniquement que des cas de cancer de l'utérus avec grossesse peu avancée, de ceux dans lesquels le fœtus ne peut pas encore être considéré comme viable.

Après avoir établi le pronostic que le chirurgien doit porter d'un côté pour la mère, de l'autre pour l'enfant, nous étudierons les diverses opérations tentées pendant la grossesse et nous en fixerons les résultats.

Nous essayerons alors, en possession de tous les éléments de la discussion, de déterminer la ligne de conduite la plus légitime que puisse prendre le chi-

rurgien dans le cancer de l'utérus compliqué de grossesse.

Ce travail nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Aug. Pollosson, auquel nous sommes heureux de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier M. le professeur Fochier, du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Pronostic pour la mère et le fœtus dans le cancer de l'utérus gravide.

A. — Pronostic pour la mère.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER. — Malgré les observations de Montgomery, de Spiegelberg, de Lever et Gonner qui tendraient à prouver que le cancer de l'utérus n'est nullement aggravé par la grossesse, on admet généralement qu'elle exerce sur lui une influence très nuisible. Presque tous les auteurs insistent sur la rapidité avec laquelle le néoplasme s'est développé, et sur l'aggravation marquée des symptômes du cancer. Des tumeurs qui, au début de la grossesse, n'étaient même pas soupçonnées, se sont rapidement étendues en quelques mois et ont déterminé une cachexie si avancée, que la mort a pu survenir avant la fin de la grossesse. Tel ce cas, cité par Bar, dans lequel Simpson vit, en pratiquant des examens répétés, l'infiltration can-

céreuse envahir tout le petit bassin en trois ou quatre mois.

Cette rapidité dans l'extension du néoplasme s'explique facilement si l'on songe aux profondes modifications qui s'opèrent dans l'utérus gravide et dans les tissus qui l'entourent. « L'aggravation de tous les symptômes dus au cancer, écrit Bar, a pour conséquence un retentissement des plus graves sur l'état général. La cachexie cancéreuse fait des progrès rapides pendant la grossesse ; les femmes ont de la fièvre, s'épuisent et tombent dans un tel état de marasme qu'elles succombent avant l'apparition du travail, ainsi que Lee, Pfannkuch, Siebold en ont rapporté des exemples ».

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ. — Le plus souvent, la grossesse arrive à terme, mais il est facile de comprendre les dangers que l'accouchement fera courir à la mère, par suite de l'état de faiblesse dans lequel elle se trouve, et par suite de l'état de l'utérus et de l'obstacle apporté par le cancer à l'extraction du fœtus.

Bar cite cinq cas dans lesquels la mort survint pendant le travail ; dans un de ces cas, la grossesse avait plus de dix mois ; dans un autre, dix-sept.

Cependant, malgré l'infiltration néoplasique, l'accouchement peut se produire spontanément, qu'il soit prématuré ou à terme. Sur les 155 observations rapportées par Bar, 40 fois l'accouchement se fit spontanément, et 29 fois sans accidents immédiats.

Theilhaber rapporte cinq cas d'accouchement

prématuré et dix cas d'accouchement à terme spontanés ; dans les cinq premiers, la mère guérit ; dans les dix autres, neuf fois l'accouchement put se terminer sans accident. Nous trouvons encore comme exemple, l'observation suivante :

OBSERVATION I

(BECHMANN. — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1896, XXIV p. 1.)

Femme 38 ans. Cancer de l'utérus. Accouchement à terme d'un enfant de 3900 gr. 15 jours après hystérectomie vaginale facile. L'opération fut faite le 29 juillet. Pas de complications opératoires. La malade sort guérie le 3 septembre.

Malheureusement ces faits sont loin d'être la généralité et, bien souvent, les difficultés apportées à l'accouchement par le cancer sont telles que la malade succombe immédiatement. Sur les quarante accouchements spontanés cités par Bard, onze fois la mort se produisit au moment de la délivrance. Chantreuil, sur soixante femmes, en vit mourir vingt-cinq au moment de l'accouchement. Dans les dix cas d'accouchement spontané à terme de Theilhaber une fois la mort se produisit pendant l'accouchement. Nous citerons encore le cas suivant :

OBSERVATION II

(STRATZ. — *Zeitch. für, Geb., und. Gyn.* 1886 XII p. 262)

Femme de 42 ans. Dixième grossesse. Cancer du col progressif. Présentation transversale. Hydramnios. Tempéra-

ture : 39°. Version et extraction. Mère meurt après l'accouchement. Enfant mort.

Lorsque la mort n'est pas la conséquence immédiate de l'accouchement, le pronostic reste cependant encore très grave pour la mère. Les suites de couches sont toujours difficiles, et comportent bien souvent une issue fatale. Il est aisé de le comprendre, si l'on songe aux nombreuses complications qui se produisent à ce moment : hémorrhagies abondantes dues soit à l'inertie utérine, soit aux déchirures si fréquentes au milieu du tissu cancéreux ; hémorrhagies dues à la chute d'escharres plus ou moins étendues (cas de Cormack cité par Bar) ; phénomènes infectieux apparaissant avec une extrême facilité ; péritonite à la suite de la chute des escharres (Cas de Churchill cité par Bar).

Sur cent-vingt-six faits rapportés par Cohnstein, soixante-douze femmes succombèrent pendant la puerpéralité ; sur ces soixante-douze femmes, trente-une succombèrent pendant l'accouchement ou immédiatement après l'expulsion du fœtus ; vingt fois la mort survint dans les vingt jours qui suivirent l'accouchement.

Hermann cite seize cas de mort pour cinquante-un cas d'accouchement prématuré ou à terme. Stratz cite un cas dans lequel la femme mourut des suites de couche.

OBSERVATION III

(STRATZ.)

Femme de 34 ans. Carcinome du col. Parturiante. Accouchement spontané. Amputation de la portion supra-vaginale. Mère meurt 7 jours après l'accouchement. Enfant (?)

La situation de la femme n'est pas seulement rendue critique par les complications qui surviennent pendant les suites de couches, mais la marche du cancer, qui était devenue plus rapide pendant la grossesse, se précipite ordinairement après l'accouchement. Cette aggravation reconnaît comme causes, suivant Bar, les traumatismes de l'accouchement et peut-être aussi les modifications qui se produisent dans le muscle utérin pendant l'involution utérine.

La plupart des auteurs insistent sur la gravité du pronostic pour la mère après l'accouchement. Les chiffres qu'ils donnent, comme mortalité de la mère à cette époque, sont véritablement effrayants. Sur les 29 femmes citées par Bar, qui avaient survécu à l'accouchement, 25 étaient mortes moins de 6 mois après. Mais pour beaucoup de malades, il est assez difficile d'être renseigné d'une manière exacte, la plupart des femmes observées par les auteurs n'ayant pas été suivies après leur sortie de l'hôpital.

Certains opérateurs ont tenté d'intervenir immédiatement après l'accouchement pour arrêter les progrès du néoplasme. Le plus souvent, les malades ne semblent pas en avoir retiré un bien grand bénéfice. Dans l'observation précédente, nous voyons

que, malgré l'amputation du col, la femme mourut le 7^e jour après l'accouchement. L'opération ne semble pas avoir eu un bien meilleur résultat dans l'observation suivante :

OBSERVATION IV

(STRATZ.)

Femme de 28 ans. Seconde grossesse. Cancer du col. Travail. Présentation du sommet. Accouchement spontané. Trois semaines après, amputation supra-vaginale du col. Mort deux mois après avec récurrence. Enfant vivant.

PRONOSTIC DES INTERVENTIONS A TERME. — Les difficultés de l'accouchement dans le cancer de l'utérus rendent souvent une opération nécessaire ; d'autres fois, avant même le commencement du travail, le chirurgien intervient dans le but de parer aux accidents qui pourraient se produire.

Mais toutes ces opérations semblent avoir pour but principal l'intérêt de l'enfant et, en général, la mère n'en a pas retiré grand avantage, si ce n'est une plus grande rapidité dans l'expulsion. Souvent même l'opération n'a été pour elle qu'une cause nouvelle d'affaiblissement et d'infection.

Nous allons rapidement passer en revue les interventions rapportées par Bar, ainsi que leurs résultats.

Dans 21 cas, on fit des incisions sur le col, dix femmes moururent des suites de l'accouchement.

Sept fois on dut employer le forceps pour faire l'extraction, deux femmes moururent immédiatement.

Quatre fois on fit la version avant que la dilatation du col fût suffisante, trois femmes moururent dans les premiers jours après l'accouchement.

Neuf fois on fit l'ablation de la tumeur avant de faire l'extraction, une femme mourut immédiatement.

Quatorze fois on pratiqua l'opération césarienne, *dix femmes* moururent immédiatement.

Dans un cas, l'opération césarienne fut suivie de l'amputation supra-vaginale de l'utérus par la méthode de Porro, la malade succomba le 7^e jour après l'opération.

Inutile d'ajouter que, dans presque tous les cas heureux où la mort ne suivit pas immédiatement l'accouchement, le cancer, comme nous l'avons vu pour l'accouchement spontané, présenta une malignité nouvelle, et emporta rapidement la malade.

En dehors des cas cités par Bar, nous avons pu étudier quelques observations d'interventions pendant l'accouchement, publiées dans divers articles français et étrangers. Nous croyons qu'il n'est pas inutile de les réunir dans ce travail.

OBSERVATION V.

(P. BUDIN. — *Obst. et Gynecol.*, 1886, Ch. XLVII, p. 581.)

Malade entrée à la clinique d'accouchement de la Faculté de Paris, le 6 juin 1879 (Douleurs depuis le 4 au soir). Au toucher, champignon volumineux qui remplit le vagin. Du

côté droit et en arrière, petite bande de tissu sain ; le reste du col est envahi par dégénérescence cancéreuse. Douleurs persistent régulières jusqu'au 7 au matin. On trouve alors que l'orifice utérin s'est dilaté aux dépens de la partie du col restée saine ; cet orifice présente un diamètre de 5 centimètres environ. Petites incisions sur tissu sain. Mais orifice ne se dilatant pas suffisamment, application de forceps. Tête entraîne masse cancéreuse. Extraction facile. Enfant cyanosé, ne respire pas. Frictions. Au bout de 5 à 6 minutes, respiration. Délivrance spontanée.

Suites. — Etat général bon. Ecoulement lochial excessivement fétide. Masse cancéreuse vient faire saillie à l'orifice vulvaire, retenue par un pédicule du volume du pouce environ. On applique une chaîne d'écraseur et on enlève la tumeur. Au toucher, on sent une autre tumeur constituée par la lèvre postérieure. Malade paraissant bien portante, sort le 21 juin 1879.

OBSERVATION VI

(STRATZ. — *Zeitschr. für Geb und Gyu.*, 1886, XII, p. 262.)

Femme, 42 ans, dixième enfant. Carcinome du col. Dixième mois de la grossesse. Opération césarienne. La mère meurt deux jours après l'opération. Enfant cyanosé, vit deux mois

OBSERVATION VII

(STRATZ.)

Femme 30 ans. Carcinome du col. Troisième grossesse. Parturiante. Présentation de l'épaule. Version et extraction. Le cancer progresse et la femme meurt un mois après l'accouchement. Enfant macéré.

OBSERVATION VIII.

(STRATZ.)

Femme 27 ans. Troisième grossesse. Carcinome du col. Parturiente. Présentation du sommet. Ablation du néoplasme. Forceps. La mère, après une semaine de complications fébriles, sort guérie.

OBSERVATION IX

(STRATZ.)

Femme de 38 ans. Troisième grossesse. Carcinome du col. Présentation du sommet. T° 39°5. Opération césarienne. Opération de Freund. Mère meurt un jour après. Enfant mort.

OBSERVATION X

(GRAPOW. — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.* lt. 110, 1889.)

Femme, 33 ans, grossesse à terme. Infiltration énorme. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère meurt pendant l'opération.

OBSERVATION XI

(SUTUGIN. — *Zeitsch für Geb. und Gyn.* 1890 XIX, p. 97.)

Femme de 32 ans, huit accouchements antérieurs.

Enceinte depuis le 7 mai 1888. Réglée régulièrement, a cependant eu des pertes à la fin de l'année 1887, pendant six semaines. Depuis mars 1888 elle a des pertes blanches qui,

pendant les deux derniers mois répandent une odeur fétide. Depuis octobre 1888, elle a commencée à maigrir et, depuis janvier 1889, elle se plaint de douleurs dans les reins.

Je vis la malade en février 1889, je portais le diagnostic de cancer de la portion vaginale du col, de même que d'une infiltration cancéreuse sur les côtés, dans la paroi postérieure et dans les ligaments larges. La grossesse était au dixième mois, le travail durait depuis cinq heures. Le bassin était spacieux, les douleurs régulières, la forme de l'utérus normale.

L'infiltration cancéreuse du col laissait à peine passer deux doigts et tout le reste était constitué par des masses dures et néoplasiques. On ne pouvait espérer un agrandissement de l'orifice et il n'y avait pas possibilité d'extraire même un enfant très petit. Après désinfection de la paroi abdominale et des organes génitaux, opération césarienne de Porro. L'enfant fut sorti vivant. La femme mourut dans le marasme et présentant de la gangrène pulmonaire, 42 jours après l'opération. L'enfant pesait 3650 gr. Longueur 51 cent. Est vivant.

OBSERVATION XII

(SUTUGIN.)

Femme, 30 ans, sixième grossesse. Perd depuis cinq mois.

Hémorrhagie abondante et caillots. Pendant la deuxième partie de la grossesse, pertes blanches fétides. Vient consulter au 8^e mois. Infiltration cancéreuse du col, de la paroi postérieure et des ligaments larges. Terminaison normale de la grossesse parut impossible. Je conseillais une opération qui ne fut pas acceptée, et la malade revint au moment du travail. A ce moment, toute la portion vaginale du col est infiltrée. Sur les limites du col et de la paroi, grosses masses suintantes. Opération de Porro-Müller. Enfant cyanosé pen-

dant 5 minutes. Femme meurt au huitième jour avec complication fébriles.

Autopsie. — Péritonite purulente.

L'enfant pesait 2230 gr. Longueur . 41 centimètres.

Vécut deux mois. Mourut d'une affection pulmonaire.

OBSERVATION XIII

(PORAK. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gyn.*, 1891, p. 349.)

Opération césarienne chez une femme atteinte de cancer de l'utérus. Le travail, après une durée de douze heures, n'avait abouti qu'à une dilatation insuffisante du col, la poche des eaux était restée intacte. On se décide à pratiquer l'opération césarienne. Succès opératoire pour la mère et l'enfant qui quittèrent tous deux le service hospitalier 5 mois 1/2 après l'opération. Le cancer avait continué ses désordres et la mère était réduite à un état avancé de cachexie. L'enfant, qui pesait à la naissance 2720 gr., n'en pesait alors que 2480.

OBSERVATION XIV

(BISCHOFF in GONNER. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, t. X. p. 14.)

Femme 41 ans. Opération césarienne à terme et extirpation de l'utérus par la méthode de Freund. Mort le soir même. Enfant vivant.

La lecture de ces observations nous semble assez probante des dangers de l'accouchement dans le cancer de l'utérus et des résultats assez faibles pour la mère des opérations que l'on peut tenter.

Mieux que des chiffres peut-être, l'étude de chacun de ces cas peut éclairer le chirurgien sur le pronostic à porter dans une intervention à terme.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ. — Certains opérateurs, devant l'effrayante mortalité à terme des femmes atteintes de cancer de l'utérus, et désirant cependant conserver l'enfant, ont essayé de provoquer l'accouchement au septième ou au huitième mois de la grossesse.

A cette période, en effet, le fœtus est moins volumineux, l'infiltration cancéreuse moins étendue, et c'est prendre les intérêts de la mère que de la débarrasser au plutôt d'une complication aussi grave pour le cancer.

Les résultats ne sont pourtant pas, jusqu'ici, bien satisfaisants. Sur quatre femmes qu'on a fait accoucher prématurément, suivant Bar, deux ont succombé immédiatement.

« Quand le cancer est susceptible de créer de grandes complications au moment du travail à terme, l'accouchement prématuré ne met pas à l'abri de tous les accidents. Bien souvent, en y ayant recours, on ne fait que sacrifier l'enfant sans bénéfice pour la mère ».

Les opérations tentées vers les derniers mois de la grossesse semblent présenter la même gravité que celles faites à terme, et les résultats, à quelques chiffres près, en sont aussi funestes pour la mère.

Doyen, en 1887, fit une amputation supra-vaginale avec reprise du moignon par le vagin, pour un can-

cer compliqué de grossesse de huit mois. La malade mourut peu après.

Conclusion. — De l'étude des nombreux faits que nous avons exposés, il nous paraît logique de déduire l'extrême gravité du pronostic pour la mère dans le cancer de l'utérus compliqué de grossesse.

Il est certainement des cas heureux dans lesquels la grossesse a pu se terminer sans accidents graves pour la mère ; on cite même des femmes atteintes de cancer de l'utérus ayant eu plusieurs enfants.

Nous avons rapporté, au commencement de ce chapitre, quelque cas où l'évolution du cancer n'avait pas été influencée par la grossesse.

Mais nous avons vu que tous ces cas ne constituaient qu'une infime exception et, dans une étude générale, nous sommes en droit de n'en pas tenir compte.

Si donc nous considérons les accidents qui menacent la malade, soit au moment de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, que celui-ci soit prématuré ou à terme, spontané ou avec intervention, nous pouvons légitimement conclure que laisser évoluer la grossesse chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, c'est presque une condamnation à mort à bref délai. La mère peut, en effet, succomber avant le travail ; le plus souvent se sera pendant l'accouchement ou dans les suites de couches.

Si, par hasard, la femme est assez heureuse pour passer ce cap si difficile, elle verra l'évolution du néoplasme se faire avec une malignité nouvelle ; bien-

tôt la cachexie sera complète et la malade succombera, le plus souvent, quelques mois à peine, après l'accouchement.

B. — Pronostic pour l'enfant.

INFLUENCE DU CANCER SUR LA MARCHÉ DE LA GROSSESSE. — Voulant établir d'une façon précise le pronostic que le chirurgien doit porter pour l'enfant dans une grossesse avec cancer de l'utérus, il nous faut non seulement étudier les résultats de l'accouchement, mais, tout d'abord, nous rendre compte de la marche de la grossesse, et établir si le cancer de l'utérus n'est pas souvent pour elle une cause d'interruption.

Theilhaber prétend que l'avortement ne serait pas plus fréquent dans le cancer de l'utérus que dans les cas ordinaires. Telle, n'est pas, cependant, notre opinion ; pour nous en persuader nous n'avons qu'à jeter les yeux sur les chiffres donnés par les divers auteurs.

D'après Lenees, l'avortement se produirait dans 40 pour cent des cas.

Hermann cite 75 cas dans lesquels on déterminait la date à laquelle se fit l'expulsion du fœtus : 18 fois il y eut avortement, 34 fois accouchement prématuré. L'accouchement n'aurait donc lieu à terme que dans 1/3 des cas.

Pour Conhstein et Bar, au contraire, il aurait lieu dans 2/3 des cas. Nous citerons encore, à ce sujet, les deux observations suivantes.

OBSERVATION XV

(MACKENRODT cité par HERNANDEZ. *Ann. de Gynéc* août et sept. 1894.)

Femme de 36 ans. Grossesse au 2^e mois. Cancer de la lèvre postérieure du col. Avortement, rétention d'une partie de l'œuf. Curettage, puis hystérectomie vaginale. Un an après l'opération la malade se trouve très bien.

OBSERVATION XVI

(MACKENRODT cité par HERNANDEZ)

Femme 33 ans, 7^e mois de la grossesse. Carcinome cervical. Accouchement prématuré. Enfant vivant, mais succombe quelques jours après. Déchirure du col. Raclage des masses carcinomateuses. Mort de la mère trois mois après. Cancer a envahi le foie.

D'après Hachmann, l'avortement serait plus fréquent qu'on ne le pense et resterait souvent ignoré, soit que les malades n'aient pas recours aux soins d'un médecin, soit que l'on confonde la fausse couche avec une hémorrhagie banale due au cancer ; opinion peut-être fondée mais qu'il nous est bien difficile de vérifier.

Ainsi, d'après les chiffres et les observations que nous avons rapportés, le cancer de l'utérus présente une influence très nuisible sur la grossesse en provoquant souvent avant terme l'expulsion du fœtus. Cha-

que cause d'avortement sera donc, pour la mère, une chance de moins d'obtenir un enfant vivant ; il en sera de même bien souvent pour l'accouchement prématuré.

RÉSULTATS POUR L'ENFANT DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — L'accouchement prématuré, en effet, qu'il soit spontané ou provoqué, est, en général, défavorable à l'enfant ; c'est, du moins, l'opinion de Hermann, basée sur les chiffres suivants : pour l'accouchement prématuré la proportion des morts serait de 42, 8 o/o, tandis qu'elle ne serait que de 21, 7 o/o pour l'accouchement à terme.

Theilhaber cite deux cas personnels d'accouchement prématuré, l'un à 7 mois, l'autre à 6, deux fois les enfants moururent.

Sur les 7 autres cas d'accouchement prématuré, rapportés par cet auteur, 3 fois l'enfant était mort, 3 fois l'enfant était vivant, dans un cas il n'en est pas parlé.

OBSERVATION XVII

(POBEDINSKY. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, avril 1897, p. 281.)

Femme 35 ans a eu 6 enfants. Cancer du col. Grossesse de 7 mois. Amputation par le procédé de Porro. Malade sort de l'hôpital en parfait état. L'enfant meurt le jour de la naissance.

La mortalité des enfants, dans l'accouchement prématuré, doit, forcément, être assez élevée, puis-

qu'aux diverses causes de mort que nous verrons exister dans l'accouchement à terme, vient encore s'ajouter la difficulté que l'on a, généralement, pour conserver un enfant né avant la fin de la gestation. De plus, lorsque l'accouchement prématuré se produit spontanément, c'est que, le plus souvent, le néoplasme a amené de profondes lésions du côté de l'utérus; il est donc tout naturel de penser que ces lésions de l'organe maternel ont dû avoir une répercussion plus ou moins profonde sur l'enfant.

Mort du fœtus dans l'utérus. — Pour Bar, la mortalité des enfants pendant le travail doit être sensiblement égale quand l'accouchement a lieu à terme ou prématurément. Pour expliquer la différence entre les chiffres donnés par Herman, il faut admettre que bien des enfants expulsés avant terme étaient morts avant le travail.

Fritsch insiste, en effet, sur ce point que le fœtus meurt souvent *in utero*, tandis qu'on attend le moment favorable à l'opération césarienne qui devait lui sauver la vie.

C'est là, d'ailleurs, un accident facile à comprendre et qu'il était aisé de prévoir; la cachexie rapide de la mère doit forcément retentir sur le fœtus; de plus, les hémorrhagies abondantes qui surviennent, si fréquentes dans le cancer, l'envahissement du corps de l'utérus par le néoplasme, viendront encore apporter des difficultés à la nutrition du fœtus et provoqueront souvent sa mort avant le travail de l'expulsion.

RÉSULTATS POUR L'ENFANT DE L'ACCOUCHEMENT A TERME SPONTANÉ. — Lorsque la grossesse a pu arriver heureusement à terme et que l'enfant est vivant, l'accoucheur se trouve alors aux prises avec les difficultés de l'extraction. Ces difficultés sont nombreuses dans le cancer du col de l'utérus ; elles tiennent à l'affaiblissement de la mère, à l'inertie utérine, à la résistance des parois du col, à l'obstacle créé à l'expulsion du fœtus par l'obstruction de l'excavation. Nous nous trouvons, alors, dans des conditions excessivement défavorables pour extraire un enfant vivant ; d'un côté, en effet, un enfant certainement affaibli, ayant dû ressentir le contre-coup de la cachexie de la mère et, de l'autre, un accouchement difficile, avec un utérus malade et des masses néoplasiques remplissant plus ou moins le bassin.

Pour Conhstein, dans 33 pour 100 des cas seulement, l'enfant naît vivant. Herman et Bas donnent des chiffres légèrement différents ; pour le premier, sur 114 accouchements à terme, 58 enfants seulement naquirent vivants ; pour le second, sur 58 cas où l'accouchement s'est fait par les voies naturelles, on a une mortalité, pour l'enfant, de 37,7 pour 100.

RÉSULTATS POUR L'ENFANT DES INTERVENTIONS. — Les difficultés quelquefois insurmontables, que l'accoucheur rencontre dans l'extraction du fœtus par les voies génitales, devaient naturellement engager les opérateurs à recourir à l'opération césarienne.

Bar a relevé 14 exemples de cette intervention faite pendant le travail; douze fois l'état de l'enfant est nettement indiqué, onze fois l'enfant fut extrait vivant, le douzième avait succombé avant l'opération.

Sanger réunit 18 cas dans lesquels l'opération césarienne fut pratiquée; 16 enfants furent extraits vivants.

Léopold rapporte deux cas d'opération césarienne, suivies de succès pour l'enfant. Sur les sept cas d'opération césarienne que nous avons cités plus haut, une fois seulement l'enfant était mort, six fois il fut extrait vivant; sur ces six enfants, deux moururent quelques temps après leur naissance.

Pobedinsky rapporte un cas d'opération césarienne faite par Makejew de Moscou, l'enfant fut extrait vivant.

L'opération césarienne semble donc donner le maximum de chances au fœtus; mais si elle lui est presque toujours favorable, rappelons, ainsi que nous l'avons montré plus haut, qu'elle a presque toujours été mortelle pour la mère; 11 femmes moururent des suites de l'opération sur les 18 citées par Sanger.

Si donc, ayant à examiner une femme atteinte de cancer de l'utérus gravide, nous envisageons la fréquence de l'interruption de la grossesse due au néoplasme, les dangers de mort de l'enfant avant le travail, les difficultés de l'extraction et, comme le fait remarquer Hernandez, la mortalité considérable des enfants après la naissance, nous sommes en droit

de conclure, que les chances de vie pour le fœtus sont bien peu considérables et que, si la grossesse peut heureusement arriver à terme, la seule opération qui pourra presque sûrement conserver l'enfant vivant devra, avec une certitude aussi grande, donner la mort à la mère.

CHAPITRE II

Des opérations pratiquées dans le cancer de l'utérus pendant la grossesse.

Ainsi que nous l'avons fixé dès les premières pages de notre travail, nous ne nous occuperons uniquement que des cas dans lesquels le fœtus peut être considéré comme non viable (jusqu'à 7 mois $1/2$ suivant Hernandez). Nous ne parlerons donc pas des diverses interventions tentées pour l'extraction du fœtus ; nous n'aurons en vue que celles qui, pratiquées dans les premiers mois de la grossesse, ont pour but de s'attaquer directement au cancer.

De ces dernières, les unes, voulant respecter la grossesse, sont forcément limitées et ne s'adressent le plus souvent qu'aux complications ; ce sont les opérations partielles ; les autres, sans s'occuper du fœtus, ont pour but d'enlever aussi loin que faire se peut les tissus envahis par le néoplasme : ce sont les opérations radicales.

Nous étudierons successivement les avantages et

les inconvénients de chacune des méthodes employées, nous réservant d'indiquer dans le chapitre suivant quelle est, d'une manière générale, la conduite que doit adopter le chirurgien.

A. — Opérations partielles.

1^o AVORTEMENT PROVOQUÉ. — Certains opérateurs, frappés de l'aggravation que présentait le cancer pendant la grossesse, ont vu dans l'interruption de celle-ci un moyen d'enrayer, dans une certaine mesure, la marche des accidents.

Rosser, considérant que l'embryon est en quelque sorte une quantité négligeable, déclare que l'avortement provoqué doit toujours être fait du troisième au quatrième mois.

Herman considère l'avortement provoqué comme étant indiqué dans tous les cas où le cancer est très étendu et où on ne peut songer à faire l'ablation du col; pour lui aussi, il faut agir de très bonne heure. Il cite un cas d'avortement provoqué dans ce but; la malade présentait des hémorrhagies abondantes et se trouvait, de ce fait, très affaiblie. L'avortement terminé, les hémorrhagies cessèrent; l'état général s'améliora momentanément, mais la malade succomba sept mois plus tard.

L'avortement provoqué ne semble cependant pas avoir toujours une influence bien marquée sur la marche du cancer. Il est quelquefois difficile et non sans danger, même dans les premiers mois, et la tumeur évolue souvent après lui avec rapidité.

Dans tous les cas, l'avortement sacrifie l'enfant sans donner des résultats bien appréciables pour la mère.

2^o CURETTAGE (Exchochleatio des Allemands). — Le curettage a été employé pendant la grossesse, contre les hémorrhagies et pour faciliter l'accouchement ultérieur. Suivant Teilhaber, il n'a pas sa raison d'être dans ce dernier but, les bourgeons carcinomateux se reproduisant très rapidement.

De plus, employé comme traitement palliatif, devant respecter la grossesse, le curettage n'aboutit le plus souvent, qu'à provoquer l'expulsion.

Sur quatre cas cités par Teilhaber, trois fois le curettage fut suivi de l'interruption de la grossesse.

Il en fut de même dans le cas suivant de Mackenrod :

OBSERVATION XVIII

(MACKENRODT cité par HERNANDEZ. — *Loc. cit.*)

Femme 36 ans. Sixième mois de la grossesse. Cancer du col. Hémorrhagies abondantes du fait de l'abrasion des masses du néoplasme. Six semaines plus tard, l'hémorrhagie recommence et on est forcé de faire un nouveau râclage. Au bout de quelques jours, expulsion spontanée d'un fœtus mort-né ; la femme meurt deux mois plus tard.

3^o AMPUTATION DU COL. — Theilhaber considère deux opérations distinctes : l'amputation intra-vaginale de la portion vaginale du col carcinomateux

et l'amputation supra-vaginale du col, suivant la méthode de Schröder.

Ces opérations ont été regardées par certains auteurs, par Gusserow en particulier, comme pouvant être curatives.

Mais on admet généralement, que l'amputation du col n'offre pas à l'opérateur un jour suffisant pour atteindre tous les tissus infiltrés, et qu'elle ne peut, par conséquent, donner une sécurité suffisante pour, après elle, espérer la guérison. Nous ne la considérons donc que comme opération palliative.

Envisagée à ce point de vue, l'amputation du col ne semble pas avoir donné non plus des résultats bien marqués.

Le principal avantage de cette méthode est d'être facile à exécuter, et de ne pas compromettre généralement les jours de la malade, bien que, quelques fois, elle soit suivie d'hémorrhagies abondantes.

Bar cite quinze cas dans lesquels fut pratiquée l'amputation du col ; cinq fois la grossesse fut interrompue dans les quinze jours qui suivirent l'opération ; une fois la grossesse n'étant pas soupçonnée, l'avortement fut provoqué accidentellement.

Sur les neuf cas dans lesquels la grossesse a pu continuer après l'opération, six fois il semble y avoir eu une amélioration marquée ; deux fois le cancer continua sa marche et la malade succomba peu après.

Sur les sept cas où la grossesse ne fut pas interrompue et où on a des renseignements sur l'accouchement, deux fois l'extraction fut difficile par la pré-

sence du tissu cicatriciel, et trois fois l'enfant succomba pendant la grossesse ou pendant le travail.

Theilhaber rapporte 19 cas d'amputation intra-vaginale; dix fois il y eut interruption de la grossesse.

Six fois on pratiqua l'amputation supra-vaginale et cinq fois l'avortement se produisit.

Cependant R. Vitanza a publié 4 observations dans lesquelles il a amputé le col utérin cancéreux sans nuire à la grossesse qui a pu ainsi arriver à terme.

Par contre, nous publierons les cinq observations suivantes de Stratz.

OBSERVATION XIX

(STRATZ. — *Loc. cit.*).

Femme S..., 42 ans, primipare. Carcinome du col. Amputation supra-vaginale. Avortement. Guérison. Aucune récurrence dans la suite.

OBSERVATION XX

(STRATZ).

Femme, 41 ans, sixième grossesse. Cancer du col. Au quatrième mois amputation supra-vaginale. Avortement quatre jours après. Guérison. Aucune récurrence dans la suite.

OBSERVATION XXI

(STRATZ).

Femme M..., 35 ans, huitième grossesse. Carcinome du col. Quatrième mois de la grossesse. Extirpation du néoplasme, cautérisation. Avortement. Sort guérie.

OBSERVATION XXII

(STRATZ).

Femme N..., 40 ans, quatrième grossesse. Amputation supra-vaginale. Quatre jours après, avortement. Sort guérie.

OBSERVATION XXIII

(STRATZ.)

Femme, 38 ans, troisième grossesse. Carcinome de la lèvre antérieure. Sixième mois de la grossesse. Amputation supra-vaginale. Sort guérie. Trois semaines après avortement. Enfant naît vivant.

Dans tous les cas, les mères sont parties guéries, mais pas une seule fois la grossesse a pu continuer.

Nous voyons donc que très souvent la grossesse est interrompue à la suite de l'amputation du col. On a alors sacrifié le fœtus par une opération qui n'est pas assez complète pour la mère.

Ajoutons que, lorsque la grossesse peut arriver à terme, la marche du cancer n'est pas toujours retardée du fait de l'opération et que l'accouchement est quelquefois rendu difficile par le tissu cicatriciel.

B. — Opérations radicales.

Theilhaber établit deux périodes pour l'extirpation totale de l'utérus dans le cancer du col compliqué de

grossesse. Dans la première, qui comprend les quatre premiers mois, on fait l'hystérectomie vaginale totale, sans la faire précéder de l'avortement.

Dans la seconde, lorsque l'utérus gravide est trop volumineux pour être extrait en entier par la voie vaginale, on peut faire, soit l'hystérectomie vaginale totale, précédée de l'interruption de la grossesse, soit l'hystérectomie vaginale suivant la méthode de Dührssen, ou bien l'hystérectomie abdominale totale par la méthode de Freund.

1^o) EXTIRPATION VAGINALE TOTALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE PEU GROS. — Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que cette opération est facile dans les premiers mois, peu dangereuse pour la mère et, le plus souvent, suivie de succès.

Theilhaber cite onze cas et, chaque fois, la malade a guéri.

Bechman en a réuni 17 cas ; toutes les malades opérées ont guéri des suites de l'opération.

Parmi ces diverses observations, il en est une qui lui est personnelle.

OBSERVATION XXIV

(BECHMAN. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1896, XXIV, p. 1.)

Femme 47 ans. Cinq accouchements antérieurs. A partir du commencement de la grossesse, écoulement séreux et sanguinolent. Cancer du col. Hystérectomie vaginale ; on recon-

naît alors une grossesse qui remonterait à 7 semaines. Femme guérit. On ne constate aucune récurrence avant son départ de l'hôpital.

Si nous étudions l'hystérectomie vaginale en dehors de la grossesse, nous voyons que, sur 25 opérées d'Olshaussen, qui ont guéri des suites immédiates de l'opération, il en est quatre chez lesquelles la récurrence a été tardive (chez une, il n'y avait pas encore de récurrence après un an et huit mois ; chez une autre, au bout de un an et onze mois ; chez une troisième, au bout de 2 ans et cinq mois ; chez une quatrième, au bout de deux ans et onze mois). Sur 25 opérées de Schröder qui ont survécu à l'opération, il en est trois qui étaient encore bien portantes au bout de deux ans.

L'extirpation totale de l'utérus gravide par la voie vaginale dans les 4 premiers mois de la grossesse, est donc une opération facile ; les suites opératoires en sont presque toujours bonnes pour la malade et, dans les cas où le néoplasme n'a pas encore infiltré au loin les tissus, nous pouvons obtenir une guérison complète ou, tout au moins, une survie de plusieurs années.

2^o HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PRÉCÉDÉE DE L'AVORTEMENT. — Cette intervention est recommandée par Olshaussen, chaque fois que l'utérus est trop gros pour être extirpé par le vagin sans évacuation préalable. Elle donnerait, elle aussi, des résultats très satisfaisants.

Nous ne relevons aucune mort sur les 17 opérées citées par Theilhaber.

Tous les opérateurs qui ont pratiqué cette intervention notent la facilité avec laquelle l'utérus puerpéral a été enlevé.

Cependant, pour Pobedinsky, ce procédé n'est indiqué que lorsque le cancer n'a pas encore envahi tout le col et lorsque les parois de ce dernier sont encore extensibles. Mais lorsque tout le pourtour du col est infiltré par le néoplasme, nous courons le risque de produire une rupture dangereuse du col de même que de l'utérus. De plus, si nous attendons l'involution utérine, nous perdons un temps précieux pendant lequel le cancer aura encore le temps de se développer.

Ajoutons que cette opération ne saurait jamais être très large et que, très souvent, elle ne pourra permettre au chirurgien d'extirper la totalité du néoplasme.

3^o HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SUIVANT LA MÉTHODE DE DUHRSSSEN, — En 1897, Winter, dans un cas de cancer de l'utérus compliqué de grossesse, pratiqua une hystérectomie vaginale. Après avoir libéré l'utérus et ne pouvant l'extraire par le vagin, il fit une incision à la paroi postérieure et ouvrit la poche des eaux. Agrandissant l'incision, il put extraire le fœtus et le placenta et attirer l'utérus au dehors. L'opération fut suivie de guérison opératoire.

Dührssen revendiqua la paternité de ce procédé. Lui-même l'employa dans un cas de grossesse à 8 mois,

et fut assez heureux pour obtenir un enfant vivant. Il donna à l'opération le nom de *césarienne vaginale* (*Vaginaler Kaiserschmitt*).

Cette opération fut encore pratiquée, la même année, par Reckmann dont nous publions l'observation.

OBSERVATION XXV

(RECKMANN. — *Centralbl. f. Gyn.*, 27 nov. 1897).

Femme, 36 ans, mariée depuis 19 ans. Douze accouchements normaux, suites de couches sans fièvre. Deux avortements, suivis, l'un de curetage. Pas de maladie antérieure. Réglée à 13 ans, régulièrement. Dernière menstruation le 14 novembre 1896 ; la grossesse suivit au début son cours normal.

Depuis février 1897, il se produisit des hémorrhagies régulières tous les 8 ou 10 jours, moyennement abondantes, durant environ 1/2 heure. A la suite de ces pertes répétées, la femme se trouvait très affaiblie et, quoique ne ressentant aucune douleur, elle ne les pensait pas très éloignées, lorsque le 27 mars survint une hémorrhagie très abondante. Elle vit alors un médecin qui lui fit un tamponnement et elle fut reçue à l'hôpital avec le diagnostic de cancer du col avec grossesse.

1^{er} avril. — Femme de moyenne grandeur, forte stature ; assez bon état général. La peau et le visage pâles, muqueuses décolorées ; cœur et poumons sains. Pas d'albumine. Temp. 37° ; pouls 90 à 100.

Grossesse au 6^e mois. Fond de l'utérus à droite un peu au-dessus de l'ombilic. Au toucher, l'entrée du vagin et le vagin sont larges. Le col se sent au milieu de tissus mous comme une tumeur résistante de la grosseur d'une petite

pomme et saignant facilement. En arrière le néoplasme envahit déjà la paroi vaginale. Pas d'infiltration des tissus qui entourent l'utérus.

Le 3 avril, anesthésie à l'éther. On saisit le col avec une pince de Museux et l'on tire. On ne fait pas le curettage de façon à ne pas perdre l'appui de la pince, mais avec le Paquelin, on cautérise la paroi vaginale et le haut du col. L'utérus est tiré aussi fortement que possible, le col est incisé à sa paroi postérieure : fendu jusqu'à l'orifice interne ; on vide la poche des eaux et le fœtus qui se présente par les pieds est extrait. On fait la délivrance artificielle et l'utérus est enlevé.

Hémorrhagie minime. On fait plusieurs ligatures ; hémotase soigneuse. Suture du péritoine et du vagin ; on ferme complètement la cavité péritonéale.

Durée de l'opération : 50 minutes. Suites favorables.

La plus haute température, au troisième jour : 37° 9 ; pouls ne dépasse pas 100. La femme se leva bientôt et, au 29^e jour, se trouva très bien.

Six mois après on a des nouvelles de la malade qui se trouve tout à fait bien.

Reckmann insiste sur la facilité avec laquelle on peut extraire l'utérus par la voie vaginale, lorsqu'on a ouvert la poche des eaux et enlevé le fœtus.

Pour Winter, il est inutile d'enlever le placenta ; en le laissant en place, dit-il, on évite l'hémorrhagie.

L'hystérectomie vaginale, suivant la méthode de Dührssen, est donc une opération facile et, dans les 3 cas que nous avons rapportés elle fut suivie de succès.

Elle évite les inconvénients de l'avortement provoqué dans un col infiltré et offre moins de chances d'infection qu'une hystérectomie abdominale.

Mais, comme toutes les extirpations par le vagin,

elle est forcément limitée et ne permettra pas toujours au chirurgien d'atteindre tous les tissus néoplasiques.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — L'extirpation abdominale totale de l'utérus cancéreux gravide a été préconisée par Freund en 1878. Fortement critiquée par certains opérateurs, il ne semble pas que les auteurs soient encore d'accord sur sa valeur.

Pour Ernst, élève de Freund, l'extirpation de l'utérus gravide, par la voie abdominale, présenterait deux fois moins de dangers que l'extirpation d'un utérus vide. Voici, d'après lui, les temps de l'opération.

1^o) Inciser la paroi abdominale, attirer l'utérus hors de la cavité.

2^o) Faire la constriction du col, inciser l'utérus, extraire l'enfant et les annexes.

3^o) Isoler le col en arrière. Tamponner le vagin.

4^o) Disséquer l'excavation vésico-utérine.

5^o) Appliquer, par l'abdomen, deux ligatures sur les ligaments larges, ou appliquer des compresseurs par le vagin. Pour faire les ligatures des vaisseaux externes ou utéro-ovariens, il faut recourir aux ligatures en masse, car il serait trop difficile de lier les vaisseaux un à un.

6^o) Inciser les ligaments larges ; cautériser la plaie en faisant, ou non, l'inversion du pédicule constitué par les ligaments larges

7^o) Toilette du péritoine, occlusion de la plaie abdominale et péritonéale. Pansement.

La plupart des opérateurs qui ont pratiqué cette hystérectomie abdominale ont apporté de légères variantes au manuel opératoire. Mackenrodt cautérise tout d'abord les bourgeons cancéreux au thermo-cautère et ferme le col par quelques points de suture. Il fait ensuite, par l'abdomen, l'extirpation complète de l'utérus et ferme la plaie péritonéo-vaginale.

D'autres, comme Doyen, firent l'amputation supra-vaginale avec reprise du moignon par le vagin.

Quel que soit le procédé employé, il ne semble pas, malgré l'opinion de Ernst, que l'opération de Freund puisse être considérée comme une opération facile et faisant courir peu de dangers à la malade.

Bischoff, Spencer-Wells reconnaissent la difficulté qu'il y a à ne pas lier l'uretère et à ne pas blesser la vessie.

De plus, le développement des vaisseaux utérins pendant la grossesse augmente encore les difficultés de l'hémostase.

Ajoutons à cela la crainte d'une infection par les tissus cancéreux et les phénomènes de choc opératoire, d'autant plus intenses que la malade présentera un état cachectique plus avancé.

Mais, par contre, cette opération évite les dangers de l'extraction du fœtus et permet de faire une extirpation aussi complète que possible du néoplasme. Et malgré l'opinion de Bar qui la considère comme inutile et dangereuse pendant la grossesse, les diverses observations publiées par les auteurs montrent qu'elle est souvent suivie de succès opératoire.

Theillhaber cite dix cas d'extirpation abdominale de l'utérus cancéreux par la méthode de Freund, six fois la malade guérit ; dans un cas, il n'y avait pas de récédive un an après l'opération.

La malade de Spencers-Wells guérit, elle aussi des suites de l'opération ; six mois après elle présentait une induration suspecte au niveau de la cicatrice vaginale.

Suivant Hernandez, sur huit opérations d'extirpation totale de l'utérus sur des femmes enceintes, six à terme ont donné six morts opératoires, tandis que 2 à 6 mois de grossesse ont donné deux succès opératoires.

Pobedinsky cite l'observation de Fehling qui a pratiqué la laparotomie pour enlever l'utérus par le procédé de Porro, après quoi il a extirpé le moignon par le vagin ; cette opération fut suivie de guérison.

Nous rapportons encore trois opérations de Mackenrodt que nous ferons suivre de l'observation d'une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus, opérée à Lyon par M. A. Pollosson, chirurgien-major de la Charité.

OBSERVATION XXVI

(MACKENRODT cité par HERNANDEZ.)

Femme 34 ans. *Très anémique*. Sixième mois. Cancer du col. Curettage du col et suture du reste des lèvres par quelques fils séparés. Extirpation abdominale totale. Mort le lendemain en collapsus.

OBSERVATION XXVII

(MACKENRODT.)

Grossesse de 4 mois et cancer du col. Opération au mois de juin 1892; curettage du cancer, cautérisation de la plaie et laparotomie pour extirper l'utérus et les annexes. Guérison. Au mois de février 1893, l'opérée est trouvée très bien.

OBSERVATION XXVIII

(MACKENRODT.)

Femme 35 ans. Grossesse de 6 mois et cancer du col, Utérus libre et mobile. Extirpation totale, par la méthode de Mackenrodt. Guérison. Mort 7 mois après de cancer de l'intestin. Aucune récurrence au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XXIX

(Service de M. A. POLLOSSON).

(Inédite.)

La malade est âgée de 21 ans. Elle a eu déjà 3 grossesses et ses trois enfants sont vivants et bien portants. La malade, qui n'avait jusque là observé aucun trouble génital commença en juin 1889, à avoir quelques pertes rouges survenant en dehors de ses règles ainsi qu'un peu d'écoulement aqueux. D'abord intermittentes et peu abondantes, ces hémorragies deviennent continues et inquiétantes. Bientôt les règles se confondirent avec elles de sorte qu'elle ignorait complètement sa menstruation quand, en novembre dernier, elle entra dans le service de M. Laroyenne, suppléé par M. Condamin. Celui-

ci diagnostiqua un cancer du col et décida une hystérectomie abdominale totale. Examinant la malade sous anesthésie, il trouva l'utérus volumineux, et diagnostiqua une grossesse de 2 mois à 2 mois 1/2. Devant cette constatation, il renonça à l'intervention et se contenta de faire sur le col utérin des cautérisations au chlorure de zinc. Mais les douleurs revinrent plus intenses et continues, les pertes s'aggravèrent et la tumeur s'étendit. La malade dut rentrer de nouveau à la Charité dans le service de M. A. Pollosson, qui l'examina en février 1900.

A cette époque, la grossesse est de 5 mois environ, la femme est pâle, amaigrie, et souffre beaucoup. Au toucher vaginal, la tumeur paraît occuper une surface large au moins comme la paume de la main; la partie inférieure du corps utérin bombe dans le vagin comme apparaît le segment inférieur dans un utérus à terme. Le vagin, très vaste, n'est pas envahi. Les culs-de-sac sont souples et permettent un examen minutieux de la région. On peut voir nettement qu'il n'y a aucune induration du côté des ligaments larges, bien que les douleurs intenses dont souffre la malade aient fait craindre leur envahissement. Les souffrances sont si intolérables que la malade réclame elle-même une intervention. M. A. Pollosson, après avoir pris l'avis du mari, se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Dans un premier temps préparatoire, vaginal, il nettoie à la curette les bourgeons épithéliaux, fait un bon lavage et essaye de pratiquer une péritomie, c'est-à-dire l'incision des tissus tout autour du cancer. Les dimensions du vagin, très large en haut, étroit à la vulve, la rendent impossible; il doit se borner à ouvrir le cul-de-sac postérieur et à amorcer l'ouverture de l'antérieur; il ne peut toucher aux latéraux. Dans un deuxième temps, il pratique une laparotomie médiane et enlève l'utérus et son contenu par une hystérectomie totale. L'intervention ne présente rien de particulier. L'utérus enlevé, l'opérateur voit qu'il n'a pu arriver sur l'extrême limite du mal, aussi par la plaie abdominale béante et qui

met tout au jour, il extirpe le reste de la masse néoplasique. Au cours de ces manœuvres, il ouvre la vessie ; il fait une suture à deux plans. Les ligaments larges sont intacts, on ne trouve ni ganglion iliaque ni lombaire. On place un gros drain abdomino-vaginal et un tamponnement à la Mickulicz, puis on réunit la partie supérieure de la plaie abdominale par quelques points de suture. Aucun incident post-opératoire (1).

Le 1^{er} mars 1900 la malade est présentée à la Société de Chirurgie ; l'état général s'est amélioré un peu, et les douleurs ont complètement disparu, ce dont la malade se montre très satisfaite.

La malade sort le 26 mars ; l'examen ne donne rien de nouveau ; un seul petit point induré du côté gauche du ligament large.

Récidive. — La malade rentre de nouveau à la Charité, le 3 mai 1900. Les douleurs sont revenues violentes, intolérables. On constate une récurrence au niveau de la cicatrice.

Ainsi donc, l'extirpation abdominale totale d'un utérus cancéreux, pendant la grossesse, peut se faire avec de grandes chances de succès opératoire, si on opère avec tous les soins voulus et avant que les malades ne soient cachectisées.

Dans la dernière observation que nous avons publiée, nous voyons que M. A. Pollosson ouvrit la vessie ; cet accident fut facilement réparé et la malade ne présenta ni troubles urinaires, ni fistule.

Nul doute qu'avec les progrès de la médecine opératoire, les résultats de l'hystérectomie abdominale ne deviennent de plus en plus satisfaisants.

(1) La malade eut nettement, après l'intervention, une montée de lait. Ce fait montre que la sécrétion lactée est mise en jeu par l'interruption même de la grossesse et non par une sorte de sécrétion de l'utérus revenant sur lui-même, puisqu'elle s'est produite alors qu'il ne restait aucun débris de substance utérine.

Mais, si les suites de l'opération de Freund sont, en général, heureuses, il est surtout intéressant de connaître ce que deviennent ultérieurement les malades, en un mot, qu'elle est la valeur curative de cette intervention.

De toutes les opérations tentée dans le traitement du cancer de l'utérus, c'est bien celle qui paraît devoir présenter les plus sérieuses garanties de réussite, puisque, mieux que toute autre, elle permet d'extraire, aussi loin que possible, le néoplasme.

Malheureusement, les observations ne sont pas encore bien nombreuses, et les résultats éloignés de l'opération ne sont pas toujours indiqués par les auteurs.

Spencer-Wells vit la récurrence survenir six mois après l'intervention.

Theilhaber, sur les six cas heureux cités par lui, rapporte un cas dans lequel la récurrence eut lieu un an après l'opération. Sur les trois opérées de Mackenrodt, la seconde était examinée un an après et ne présentait aucune récurrence ; la troisième mourait sept mois après l'opération, mais sans récurrence au niveau de la cicatrice.

Une des malades opérées par Freund, en 1878, était encore en vie, en 1886, suivant Hegar et Kaltenbach, cités par Bar.

Nous pouvons donc conclure que l'hystérectomie abdominale totale, pendant la grossesse, présente de grandes chances de succès opératoire, et qu'elle peut être suivie d'une guérison longue, sinon définitive.

CHAPITRE III

Conduite à tenir dans le cancer de l'utérus compliqué de grossesse.

Nous avons, dans le premier chapitre, étudié le pronostic que nous devons porter dans le cancer de l'utérus gravide d'un côté pour la mère et de l'autre pour l'enfant.

Dans un second chapitre, nous avons passé en revue, les diverses opérations pratiquées pendant la grossesse.

Nous devons maintenant déterminer la ligne de conduite que doit suivre le chirurgien et, s'il se décide à intervenir, fixer l'opération de choix à laquelle il doit s'arrêter.

A. — Faut-il intervenir dans le cancer de l'utérus compliqué de grossesse.

Nous n'aurons en vue, en discutant l'intervention, que les opérations radicales, c'est-à-dire celles qui sacrifient le fœtus pour donner à la mère toutes

chances de guérison. Nous laisserons de côté les opérations partielles qui ont la prétention de s'attaquer au cancer tout en respectant la grossesse. Nous estimons, en effet, que, le plus souvent, elles manquent leur but et qu'elles nuisent au fœtus, sans grand bénéfice pour la mère.

Stratz cite bien, il est vrai, quelques cas de guérison par ces méthodes, mais chaque fois il y eut avortement; il semble donc bien plus raisonnable d'interrompre de prime abord la grossesse pour tenter une opération radicale permettant d'espérer plus encore la guérison de la malade.

Nous nous représentons un chirurgien devant un cas de cancer de l'utérus compliqué de grossesse peu avancée, c'est-à-dire avec un fœtus non viable.

Quelle sera sa ligne de conduite? Doit-il sacrifier l'enfant et opérer la malade, ou bien laissera-t-il la grossesse suivre son cours?

Les cas ne sont, certes, pas tous semblables; aussi devons-nous, tout d'abord, établir une distinction : dans un premier groupe, la tumeur est peu étendue et facilement limitable; dans un second, l'infiltration cancéreuse est déjà grande et on ne peut espérer faire une extraction complète de la tumeur.

1^o LE CANCER EST OPÉRABLE. — Le néoplasme peut être limité au col, ou n'envahir que légèrement les culs-de-sac sans toucher aux ligaments larges; dans ce cas, la plupart des auteurs sont partisans de l'intervention radicale et rapide.

Nous croyons devoir faire observer, à cet endroit,

la valeur qu'il faut attacher à l'élément douleur en faveur de l'intervention. Dans le cancer utérin, chez une femme non gravide, la douleur contre-indique l'opération, car elle est un signe de l'envahissement des ligaments larges. Dans le cas de M. A. Pollosson, la douleur était, au contraire, un argument en faveur de l'opération; car, cliniquement, les ligaments larges étaient indemnes, ce qu'a confirmé l'intervention. Pour M. A. Pollosson, la douleur, dans le cas de grossesse, paraît tenir à la surdistension de l'utérus qui tiraille le néoplasme pendant son développement.

Nous avons vu, en étudiant les diverses opérations pratiquées sur le cancer pendant la grossesse, que dans certains cas on avait pu obtenir la guérison ou tout au moins une survie assez considérable.

Mais, pour bien fixer dans les esprits que le cancer de l'utérus peut, dans certains cas, être considéré comme opérable, nous croyons utile de donner les résultats obtenus dans le cancer de l'utérus non gravide.

S. K. Olenine, dans un rapport présenté en 1899 dans un congrès de médecins russes, à Kasan, cite 54 cas d'opérations d'utérus cancéreux. Il les divise en deux catégories : *a*) cas où le cancer était limité à l'utérus = 39 ; *b*) cas où l'on observait déjà l'infiltration des culs-de-sac = 21. De toutes ces malades, 7 ont succombé après l'opération. Des autres 47 malades sorties de l'hôpital, on a des renseignements sur 37 seulement. 20 malades dont 18 appartiennent à la première catégorie et 2 à la seconde, ne présen-

tent pas encore de récurrence; 8 d'entre elles ont été opérées il y a déjà plus de six ans, les 12 autres dans le courant des six dernières années.

J.-L. Faure, au Congrès d'Amsterdam, en 1899, cite une malade qu'il a opérée depuis onze mois et qui est en parfait état de santé. Ce résultat est d'autant plus remarquable que, chez cette malade, dont le cancer était avancé, on a dû réséquer le vagin, disséquer les deux uretères sur une hauteur de dix centimètres, mettre à nu les vaisseaux hypogastriques des deux côtés et enlever les ganglions pelviens.

Citons encore la statistique suivante que nous trouvons dans le *Progrès Médical* du 15 juin 1899.

Une des dix-neuf opérées de Pozzi a été retrouvée sans récurrence après trois ans; deux des onze opérées de Quénu ont été revues sans récurrence, l'une après trois ans, l'autre après six ans; une de Terrier et Hartmann après cinq ans, et une autre opérée après plus de trois ans; trois des douze opérées de Hartmann ont été revues sans récurrence après trois ans; une des quinze opérées de Ricard, après quatre ans, et une autre après deux ans; trois des quinze opérées de Schwartz après plus de quatre ans, plus de trois ans, plus de deux ans; une des 127 opérées de Bouilly est restée sans récurrence pendant 4 ans $\frac{1}{2}$; une de Le Dentu pendant 6 ans et 6 mois; et surtout 10 des 62 opérées de Routier ont été revues guéries après 9 ans $\frac{1}{2}$, après 9 ans, 6 ans, 5 ans $\frac{1}{2}$, 5 ans, 4 ans $\frac{1}{2}$, 4 ans, 3 ans $\frac{1}{2}$ et 3 ans.

Cette longue série de chiffres nous permet donc

d'admettre que, dans certains cas, le cancer de l'utérus est opérable, et que l'extraction du néoplasme peut être suivie de guérison.

Le problème que nous avons à résoudre peut alors se poser clairement : Si le chirurgien pratique une hystérectomie totale, il sacrifie l'enfant, mais peut espérer sauver la mère ; si, au contraire, il laisse évoluer la grossesse, il peut espérer obtenir un enfant vivant, mais il a abandonné la mère à une mort généralement très rapide.

Nous pensons, dans ce cas, avec Stratz, Mackenrodt, Hernandez, que quel que soit l'âge de la grossesse, il faut pratiquer, sans retard, l'extirpation totale.

Nous estimons, en effet, que dès qu'il y a pour la mère quelques chances de guérison, on ne doit pas hésiter à sacrifier un fœtus, dont la vie est, d'ailleurs, bien improbable.

C'est, d'ailleurs, la conduite suivie par tous les opérateurs, quelle que soit l'affection que présente une femme enceinte ; lorsque sa grossesse met ses jours en danger, le chirurgien n'hésite pas, dans ce cas, à sacrifier l'enfant.

Et même, lorsque le résultat de l'intervention est fort problématique, comme chez les femmes qui n'ont pas 25 ans, nous pensons que nous avons encore le droit d'interrompre la grossesse. Nous dirions volontiers avec Stratz, qu'il faut opérer le plus possible des cas opérables. Devant une affection aussi terrible pour la malade, il est, en effet, pénible de s'avouer vaincu ; et les résultats heureux obtenus

déjà par les Allemands; peuvent nous permettre d'espérer que le chirurgien, plus entreprenant encore, finira par se rendre maître du mal.

Mais avant de sacrifier le fœtus, il sera bon d'exposer le cas au mari de la malade et de lui demander s'il désire courir les risques d'une opération pour sa femme ou s'il préfère rechercher la vie de l'enfant.

Cette manière de faire est celle ordonnée par la loi, d'après laquelle le chirurgien n'a pas le droit d'opérer une femme sans le consentement de son mari.

Mais dans ce cas particulier, il nous semble que c'est l'avis de la malade elle-même qui doit prévaloir; la mère, en effet, si elle peut espérer la guérison, a le droit de sacrifier le fœtus, de même qu'elle est libre de courir des dangers si elle tient à avoir un enfant.

20 LE CANCER EST INOPÉRABLE. — Nous considérons maintenant les cas où l'infiltration cancéreuse est trop étendue pour que le chirurgien puisse espérer enlever dans leur totalité les tissus néoplasiques.

Quelle sera alors, la conduite à tenir ?

On peut, croyons-nous poser le problème en ces termes : si l'on opère, le fœtus est forcément sacrifié et la mère ne retirera, au plus, comme bénéfice de l'intervention que quelques mois de survie; si, au contraire nous laissons la grossesse suivre son cours, nous pouvons espérer obtenir un enfant vivant, mais le cancer s'étendra promptement et compromettra à bref délai la vie de la mère.

Dans ce cas, nous sommes d'avis d'abandonner les intérêts de la mère pour ceux du fœtus.

En prenant cette détermination, nous portons certainement préjudice à la malade; une opération radicale pratiquée à cette époque lui serait certainement très profitable, puisque la grossesse, suivant nous, doit être envisagée comme une complication très grave du cancer.

Mais si nous n'avons pas craint d'admettre plus haut que, lorsqu'une chance de guérison ou de survie assez longue restait encore à la mère, le chirurgien avait le droit d'interrompre la grossesse, il nous semble que quelques mois de survie pour la mère ne peuvent être mis en balance avec la vie de l'enfant, même si cette dernière est improbable.

La femme a un rôle social à remplir, et ce rôle comporte le plus souvent des dangers assez sérieux; elle ne peut s'y soustraire que s'il s'agit pour elle d'une question de vie ou de mort. Nous pensons donc qu'une rapidité plus grande dans la marche du néoplasme n'est pas une raison suffisante pour sacrifier la vie de l'enfant.

Mais, si nous avons établi d'une manière générale que, dans le cancer de l'utérus gravide, le fœtus avait une certaine quantité de chances pour naître vivant, nous voyons, en étudiant chaque observation en particulier, qu'il est des cas dans lesquels l'infiltration néoplasique, avec toutes ses complications, s'établit si promptement que la mère meurt quelquefois avant la fin de sa grossesse, et que le fœtus est souvent mort avant le travail.

Dans ce cas, que l'on pratique ou non une opération le fœtus est perdu, et, d'un autre côté si on intervient, la mère peut être grandement soulagée.

L'intervention sera certainement incomplète, mais elle doit être tentée, car, le cancer devant sa malignité spéciale à la grossesse, il est naturel de traiter cette complication pour assurer une survie plus ou moins longue à la malade.

Mais sur quoi se baser pour affirmer qu'un cancer est opérable ou non, et que le fœtus peut ou ne peut pas naître vivant ? C'est là certainement une chose impossible à établir d'une manière générale ; chaque malade comporte ses indications spéciales et la détermination à prendre est forcément laissée au sens clinique du chirurgien.

En terminant, nous citerons encore cette indication, au moins originale, que donne Stratz en faveur de l'intervention : « Les femmes qui ont un cancer, dit-il, ont, en général, eu plusieurs grossesses et ont un certain nombre d'enfants qu'elles vont laisser orphelins. Pour ces enfants, nés antérieurement, il se peut que quelques mois de la vie de la mère aient beaucoup d'importance, et, sans donner aucune règle de conduite, on peut imaginer le cas dans lequel on serait amené à interrompre la grossesse ».

B. — Opération de choix.

Toute opération dans le cancer de l'utérus doit réunir les deux conditions suivantes : 1^o être facile et

peu dangereuse; 2^o permettre d'enlever la totalité du néoplasme.

Nous allons examiner quelle est, de toutes les opérations que nous avons étudiées, celle qui réunit le mieux ces deux conditions, d'abord pendant les 4 premiers mois et ensuite du 4^e au 7^e mois.

1^o OPÉRATION DE CHOIX PENDANT LES 4 PREMIERS MOIS. — Olshausen, Theilhaber, Hernandez, recommandent de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale de l'utérus gravide pendant les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse.

Nous avons vu que cette opération présentait peu de dangers, puisque dans toutes les observations que nous avons citées, il y a eu guérison opératoire. Nous avons établi de plus, que dans plusieurs cas on avait obtenu la guérison de la malade, ou tout au moins une survie de plusieurs années.

Il nous semble, cependant, que l'extirpation de l'utérus par le vagin ne présente pas toujours assez de jour au chirurgien pour lui permettre d'enlever tous les tissus envahis par le néoplasme.

L'extirpation abdominale pourrait donc lui être préférée; cette opinion peut d'autant mieux être soutenue que certains opérateurs ont recours à l'hystérectomie abdominale dans le cas d'utérus non gravide.

Cependant, les difficultés opératoires et les dangers pour la malade sont bien plus grands avec cette dernière opération, nous pensons donc, avec la plupart des auteurs, que le plus souvent l'hystérec-

tomie vaginale totale sera l'opération de choix pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse.

2^o OPÉRATION DE CHOIX DU 4^e AU 7^e MOIS DE LA GROSSESSE. — Lorsque la grossesse a dépassé le 4^e mois, l'utérus est trop volumineux pour pouvoir être extrait en entier par le vagin. Il faut alors pratiquer, soit l'extraction artificielle du fœtus suivie de l'hystérectomie vaginale, soit l'hystérectomie abdominale totale, soit encore l'opération de Dürhssen.

Nous avons vu que l'hystérectomie vaginale, précédée de l'avortement, présentait des dangers pour la mère pendant l'expulsion du fœtus, et qu'elle faisait perdre un temps précieux pendant qu'on attend l'involution utérine. Malgré l'opinion d'Ols-hausen, nous pensons donc que cette opération doit être rejetée dans le traitement du cancer de l'utérus compliqué de grossesse.

Avec Hernandez, nous donnerons la préférence à l'hystérectomie abdominale totale : faite avec soin, cette opération peut donner d'excellents résultats opératoires. De plus, elle offre au chirurgien un jour suffisant pour qu'il puisse se rendre compte de l'étendue des lésions, et lui permet de faire une amputation aussi complète que possible du néoplasme. On pourra cependant pratiquer aussi l'hystérectomie vaginale suivant la méthode de Dührssen. Cette opération offre certainement moins de facilité au chirurgien pour enlever tous les tissus infiltrés, mais elle présente moins de dangers opératoires.

Cependant les cas publiés jusqu'à ce jour sont trop peu nombreux pour que nous puissions en fixer la valeur d'une façon exacte.

CONCLUSIONS

I. — Lorsque le cancer peut être considéré comme opérable, il faut intervenir sans retard et ne pas hésiter à sacrifier l'enfant.

II. — Lorsque le cancer est inopérable, on ne doit pas avoir d'autre souci que d'obtenir un enfant vivant; il faut donc abandonner les intérêts de la mère. Cependant, lorsque la marche du cancer est telle, qu'entraînant rapidement la cachexie de la mère, elle compromet forcément le fœtus, le chirurgien est en droit d'interrompre la grossesse considérée comme une complication très grave du cancer.

III. — Les opérations partielles, qui ont pour but de s'attaquer au cancer tout en respectant le fœtus, ne donnent pas le plus souvent des résultats bien satisfaisants. Elles risquent de provoquer l'avortement alors qu'on désire la continuation de la grossesse. Pour la mère, elles sont inférieures dans leurs résultats à des opérations plus radicales.

IV. — L'opération de choix sera, jusqu'au 4^e mois, l'hystérectomie vaginale totale. A partir de cette époque, on pratiquera l'hystérectomie abdominale totale ou encore l'hystérectomie vaginale, suivant la méthode de Dührssen.

Le Président de la Thèse,

FOCHIER.

Vu :

Le Doyen.

LORTET.

YU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 juillet 1900.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAR. — *Thèse d'agrégation*, 1886.
- BECHMANN. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1896, XXIV, p. 1.
- BISCHOFF in GONNER. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, p. 14.
- BUDIN. — *Obstétrique et Gynécologie (Recherches cliniques et expérimentales)*, 1886, ch. XLVII, p. 581.
- COHNSTEIN. — *Arch. f. Gyn.*, 1873, p. 366.
- DOYEN. — *Arch. prov. de Chir.*, 2^e édit. 1893, p. 61.
- DUHRSEN. — *Centralbl. f. Gyn.*, 31 juillet 1897, n° 30, p. 942.
- ERNST. — *Die Geburts. Indic. bei Gebarmut. Th. de Strasbourg*, 1882.
- J-L. FAURE. — *La Gynécologie*, 1899, p. 466.
- FRITSCH. — *Traité clinique des opér. obstét.*, traduit par Jules Stas, p. 230. Paris 1892.
- GONNER. — Cité par Bar.
- GRAPOW. — *Zeitsch. f. Geburt. und Gyn.*, lt; 110, 1889.
- GUSSERON. — *Sammlung Klin. Vortrage*, n° 127.
- HACHMANN. — *Siebolds Journal f. Geb.* Bd. XV, p. 602.
- HERMAN. — *Trans. of. the obst. Soc. of. London* XX, p. 191, 1879.
- HERNANDEZ. — *Ann. de Gyn.*, août et sep., 1894.
- KALTENBACH. — *Zeit. fur Geburt und Gyn.*, 1879. t. IV, p. 2.

- LEVER. — Cité par Bar.
LENEES. — Cité par Bar.
MACKENRODT. — *Arch. f. Gyn.*, XLIV p. 568, 1893.
MONTGOMERY. — Cité par Bar.
NOBLE. — *Med. New.*, 14 décembre 1896, p. 657.
OLENINE. — (S. K.) *La Gynecologie*, 1899, p. 446.
OLSHAUSEN. — *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.* Bd XXXVII.
Hft 1.
POBEDINSKY. — *Annales de Gyn. et d'Obt.*, avril 1897, p. 281.
PORACK. — Répertoire universel d'obst. et de Gyn. 1891.
p. 349.
PUCHELT. — Thèse Heidelberg, 1840.
RECKMANN. — *Centralblatt. f. Gyn.*, 27 novembre, 1897,
p. 1388.
ROSSER. — *Obstetrical transaction*, T. XXIII, p. 186.
RUGE ET VEIT. — *Zeit. f. Geb. und. Gyn.*, 1881, t. VI,
p. 2.
RYFFIUS. — *Grundliche nothwendige beschreibung allerhand
zufalle etc.*, 1580.
SCHRÆDER. — Cité par Bar.
SIEBOLD. — *Journal f. Geb.* t. III, p. 51.
STRATZ. — *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1886, XII, p. 262.
SUTUGIN. — *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1890, XIX, p. 57.
THEILHABER. — *Arch. für Gyn.*, 1894, XLVII, p. 56.
VITANZA (R.). — *Archivo. di Ostetricia e Gyn.*, novem-
bre, 1898 p. 670.
WINTER. — *Zeits. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XXXVII. Hft 2,
p. 360.
WELLS (SPENCERS). — *Medical. chir. Transact. London*, 1882.
-

